Background Paper BP-264E

ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING FOR HEALTH CARE

Odette Madore
Economics Division

August 1991

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

© Minister of Supply and Services Canada 1992

Cat. No. YM32-2-264E

ISBN 0-660-14517-0

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING FOR HEALTH CARE

INTRODUCTION

The federal government helps the provinces to discharge their responsibilities for health care primarily through transfer payments made under Established Programs Financing (EPF). EPF payments to the provinces form the foundations of intergovernmental fiscal relations and represent substantial amounts of money which are transferred in the form of cash and tax points.

EPF constitutes in fact the main form of federal assistance to the provinces. In the 1991-92 financial year, all federal transfers to the provinces are expected(1) to amount to over $36.9 billion, including all monetary and fiscal transfers; the EPF program alone will account for some $20 billion, or about 55% of all transfers to the provinces. Of this amount, $14 billion will be allocated to health care.

Although the structure of EPF has remained essentially unchanged since its inception in 1977, its rate of growth has moderated. In fact, the constraints on the growth rate of EPF transfers imposed by the federal government over the last few years raise some doubt about the ability of some provinces to maintain a satisfactory level of health services. The slowing growth rate of the transfers has also prompted concern about the preservation of national standards of health care. Finally, together with the prevailing constitutional uncertainty, the reduction in transfers to the provinces once again raises the thorny question of the separation of powers between the federal and provincial governments.

---

(1) Michael H. Wilson, Minister of Finance, The Budget, 26 February 1991, p. 18, 63 and 70.

92-06126/

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

This paper addresses these various questions. The first part examines the reasons for government intervention in health care. The second part describes the nature and mechanisms of EPF arrangements between the federal and provincial governments. The third part discusses the transfer payments to the provincial governments for health care and analyzes changes in them over the last 15 years. The last part of the paper addresses the problems raised by the fiscal and financial arrangements on which EPF is based.

A. The Government's Role in Health Care

In 1990,(2) more than $60 billion, or 9.2% of the Gross Domestic Product, was devoted to health care. About 73% of all health-related expenditure was assumed by some level of government, whether federal, provincial or municipal.

The omnipresence of government in health care is generally explained by reference to certain imperfections in the market system.(3) In the private sector, resources are allocated according to the law of supply and demand. The resulting price levels ensure optimal allocation of resources when certain conditions relating to supply and demand are met. However, these conditions do not always prevail in the area of health care.

First, it is difficult for the market system to ensure an adequate supply of health services because of the very nature of these services, which include types of costs and social advantages which the market system does not take into account. Furthermore, consumers cannot be fully informed, because uncertainty always exists about illnesses and future states of health. Consumers are often unable to determine for themselves the type of health services they need and must therefore delegate their free will in the decision-making process to those who provide health services.

---

(2) Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, *The Health Care System in Canada and its Funding: No Easy Solutions*, Ottawa, June 1991, p. 17.

(3) For a detailed analysis of the government's role in health care, see Evans (1984) and Rheault (1990) in the select bibliography.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Government intervention in health care is also justified by reasons of social fairness. The most frequently mentioned social inequality is basically economic. In a free market system, low-income people with health problems pay the same as high-income people. As a result, the economically disadvantaged pay a relatively larger share of their income for health costs.

For these reasons, federal and provincial governments in Canada have preferred public insurance to private insurance. Government intervention in health care cannot, however, be explained entirely by economic and social weaknesses in the market system. This is amply demonstrated by the example of the United States, where health care relies heavily on the private sector. The contrasting levels of government intervention in Canada and the United States are largely explained by the two countries' differing ideas of the proper role of government. In the eyes of some,(4) the omnipresence of government seems to explain why the Canadian system is superior to the American system.

B. The Nature and Mechanisms of EPF Arrangements

Health services are financed through powers shared among various levels of government. The public health insurance system established over the last few decades is based on the distribution of powers in the Constitution, according to which the delivery of health services falls essentially under provincial jurisdiction. The main lever through which the federal government exercises its influence in this area is the "spending power" accorded to it under the Constitution. This power enables the federal parliament to transfer funds to people, organizations or other levels of government in areas over which it does not necessarily have any legislative power.

The federal spending power has therefore prompted the emergence of transfer programs to the provinces. Federal government

---

(4) David W. Conklin, "Why Canada's System is Better and Cheaper," *Policy Options*, Vol. 11, No. 4, May 1990, p. 15-18 and Charles A. Bowsher, *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*, Statement Before the Committee of the House of Representatives on Government Operations, 4 June 1991.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

involvement in the financing of provincial health programs ballooned during the 1960s with the establishment of a national public insurance system covering hospital, diagnostic and medical services. At the time, this expanding federal involvement was seen as responding to both the increased needs of the provinces and the desire to establish an equitable, uniform system across the country.

The mechanisms of federal government financing have, however, changed over the years. Before the adoption of EPF, federal transfers were based on more or less equal cost-sharing formulas for both hospital insurance and medical insurance, but the formulas for calculating provincial entitlements differed for each program.

Payments due to the provinces under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* were calculated as follows: a province's entitlement in a given year was equal to 25% of the average national per capita cost of the insured services, plus 25% of the cost of the insured services per resident of that province multiplied by the population of that province in that year. Overall, the federal government's contribution was equal to about 50% of the cost of insured services in Canada, although it was more in the provinces where the per capita cost was lower than the national average and less in the other provinces.

Under the *Medical Care Act*, a province's entitlement in a given year was equal to 50% of the average national per capita cost of insured services multiplied by the population of that province in that year. As a result, all provinces received equal per capita transfers, although the federal contribution as a proportion of total provincial expenditures varied from one province to another.

Since the establishment of EPF in 1977, the total entitlements paid to the provinces for hospital insurance, medical insurance and extended health care have been based on the average federal per capita contribution paid out in the 1975-76 financial year, cumulatively increased year by year according to an escalator. This escalator corresponds to a moving average of the gross per capita national product over three years. The use of a moving average makes it possible to

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

moderate any overly sharp fluctuations in the GNP so that the escalator reflects the average trend.

The EPF arrangements between the federal and provincial governments have both a financial aspect and a fiscal aspect. Cash transfers to the provinces are made periodically by cheque, while the federal government also accords a certain tax room to the provinces through the transfer of tax points. For this to happen, the federal government reduces its tax rates while the provinces raise theirs by an equivalent amount. The fiscal burden falling on taxpayers remains the same, although they pay more provincial tax and less federal tax. The amount of revenue thus foregone by the federal government is deducted from the cash transfers to which the provinces would otherwise be entitled. The fiscal transfer is 13.5 tax points on individual income tax and one tax point on corporate tax. As part of its opting-out agreements, Quebec receives a special reduction of 8.5 points on individual income taxes. In comparison with the other provinces, Quebec therefore receives a larger share of its federal contribution in the form of transferred tax points and a smaller share in the form of cash transfers. In total, however, Quebec's per capita entitlements under EPF are exactly the same as those of the other provinces.

There are various other interesting aspects of the financing mechanisms established under EPF:

a) The formula used to calculate provincial entitlements is based on the expansion of Canada's collective wealth. When an economy has a large capacity to produce goods and services, governments can easily raise revenues on the commercialization of those goods and services in order to finance health services.

b) The performance of the Canadian economy affects the size of the transfers which the federal government makes to the provinces in two ways: first, economic growth affects the calculation of the escalator and second, it has a direct influence on federal individual and corporate tax revenues. When the economy turns down, the escalator used to adjust the total amount of transfers also decreases. Poor economic growth also reduces federal government tax revenues, resulting in lower total point transfers.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

c) The federal contribution depends not only on economic growth but also on any changes that might be made to federal tax law and to the legislation governing fiscal arrangements. For example, changes to the income tax system which allowed the federal government to increase its general revenues would result in decreased transfers to the provinces because this tax increase would increase the value of a tax point. Any expansion of the federal income tax base or increase in tax rates would have a similar effect.

d) There is a redistributive aspect to the provincial entitlements under EPF. Entitlements are equalized on the level of a representative five-province standard under the general equalization formula. The provinces whose fiscal strength (i.e. capacity to raise revenues) is lower than this standard benefit from equalization. The provinces which make up the standard are Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia. As stated by the National Council of Welfare,(5) the EPF entitlements paid by the federal government "play a vital role in offsetting regional disparities and the difficulties poorer provinces have in providing a full range of programs and services to their residents."

e) In contrast to the cost-sharing formula before 1977, EPF provides for block funding. The provinces can use EPF funds according to their own priorities.

Because it reflects economic growth and can be changed by a unilateral decision of the federal government, the formula used to calculate federal contributions contains an element of uncertainty regarding both the total amount of transfers and their rate of growth. EPF provides an equitable financing mechanism: provinces receive equal per capita transfers, so that the amount of help they receive depends on the size and growth rate of their populations.

In order to receive all their health entitlements, the provinces must, however, comply with certain criteria, which are as follows:(6)

---

(5) National Council of Welfare, *Funding Health and Higher Education: Danger Looming*, Spring 1991, p. 5.

(6) Health and Welfare Canada, *Canada Health Act: Annual Report 1989-1990*, p. 9-10.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

universality:	universality: all insured persons must be entitled to the services
comprehensiveness:	all necessary insured services must be covered
accessibility:	services must be offered on uniform terms and conditions; no measure may be taken which would impede reasonable access to these services
portability:	individuals must remain insured when they are temporarily absent from their home province or from Canada
public administration:	health plans must be administered by a public authority on a non-profit basis

These criteria are considered to be "national standards" and are stipulated in the *Canada Health Act*, which also sets out the financial penalties to be imposed on provinces that allow extra-billing or user charges. The penalties for provinces that contravene the provisions of the Act are limited to cash transfers. The adoption of Bill C-20 could increase the penalties on non-complying provinces.

C. Developments in Provincial Entitlements

It is often said that the size of EPF transfers to the provinces for health care gives only a very general impression of federal financial support. Since EPF is a block funding program, the distribution of funds between health and postsecondary education (67.9% and 32.1% respectively) is very arbitrary. These percentages do not necessarily reflect equal apportionment at the provincial level, since the provinces may use the transfers they receive under EPF according to their own priorities. Furthermore, the federal government's financial contribution to health care is not limited to the resources made available under EPF. For example, some expenses incurred under the Canada Assistance Plan are directed toward health care.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In addition to the points addressed above, developments in EPF entitlements for health care merit closer examination because of their political aspects. The federal contributions that were used to calculate entitlements in the first year that EPF was introduced are shown in Table 1.

TABLE 1

FEDERAL CONTRIBUTIONS TO HOSPITAL INSURANCE
AND MEDICAL INSURANCE IN THE 1975-76 BASE YEAR

Province	Millions of Dollars	$ Per Capita	% of Costs
Newfoundland	76.4	139.14	56.3
Prince Edward Island	14.8	126.39	62.2
Nova Scotia	111.6	136.18	54.2
New Brunswick	92.8	139.50	57.1
Quebec	914.5	148.00	47.7
Ontario	1,181.7	144.60	50.2
Manitoba	148.8	146.80	55.2
Saskatchewan	127.6	140.62	54.1
Alberta	257.3	144.69	50.4
British Columbia	341.4	140.31	48.5
Total	3,256.9	144.25	50.2

Source: Allan J. MacEachen, *Federal-Provincial Fiscal Arrangements in the Eighties*, April 1981, p. 76-77.

It is evident that federal contributions to health care during the last year in which the old agreements were in effect varied considerably from one province to another. The per capita contribution of

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

the federal government varied between $126 in Prince Edward Island and $148 in Quebec. Table 1 also shows that some of the wealthiest provinces received greater per capita transfers than other provinces under the old agreements. In the first year in which EPF was in effect, the average federal per capita contribution of $144 was increased by the escalator calculated at 14.85%. As a result, all provinces received a per capita transfer of about $166. With the introduction of EPF, therefore, all provinces received the same per capita amount for health care. The provinces which had received relatively lower per capita transfers under the old shared-cost arrangements--in fact the poorer provinces--received much larger payments under EPF. This is because the EPF provisions contain a certain amount of equalization. In addition, a $20 per capita supplement was offered, beginning in 1977-78, to help finance extended health services. Since then, the federal contributions to the provinces in the base year were supposed to have risen cumulatively from year to year, reflecting the rate of increase in the GNP and the population, i.e., according to adjustments in the escalator.

However, federal EPF transfers have in fact been reduced since 1986 in an attempt to reduce the federal deficit. First, in 1986, the Canadian parliament adopted Bill C-96, reducing the growth of EPF transfers. The payments were still tied to economic and demographic growth, but their annual per capita growth rate was 2% lower than it would have been under the old formula. Then Bill C-69, adopted in 1991, froze per capita EPF transfers at their 1989-90 levels for two years. Finally, Bill C-20, which received first reading on 31 May 1991, extends the freeze on per capita transfers to the provinces for three years. The provincial entitlements will therefore continue to increase at the same rate as the population. Bill C-20 also states that beginning in 1995-96, the rate of increase in EPF entitlements will be limited to the per capita rate of increase in the GNP minus 3%.

Figure 1 shows the changes in total federal EPF contributions for health care in budget-year and constant dollars. If transfers to the provinces are studied over a period of about 20 years, the rate of growth in real terms seems to go through three different phases.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Over the decade from 1977 to 1987, transfer payments increased steadily, and then flattened out between 1987 and 1990. Finally, federal transfers for health care are expected to begin to decline in real terms in 1990-91.

Because of its deficit and desire to reduce expenses, the federal government wishes gradually to level off or even reduce its contribution to health care. In the long run, the federal cutbacks will result in sharply reduced revenues for provincial governments,(7) leading some people to say that the federal government is "vacating" the health sector.

Figure 2 shows clearly the diverging paths of transfers in the form of cash and tax points. The monetary part of the total transfer is declining because the overall rate of EPF growth has slowed as a result of the federal government's budgetary restraint and because there has been relatively rapid growth of fiscal transfers.

In the medium term, the constraints on the growth rate of EPF transfers will cause the conditional cash payments to disappear. As a result, the federal government may no longer have the necessary means at its disposal to ensure maintenance of the standards of health care set forth in the *Canada Health Act*.

D. Consequences of Limiting the Rate of Growth of Transfer Payments

The numerous modifications to the system made by the federal government since 1986 have considerably affected the growth rate of transfer payments to the provinces and aggravated the financial imbalance in some provinces. What is more, these changes threaten to compromise the very nature of the arrangements made under EPF.

1. Provincial Finances

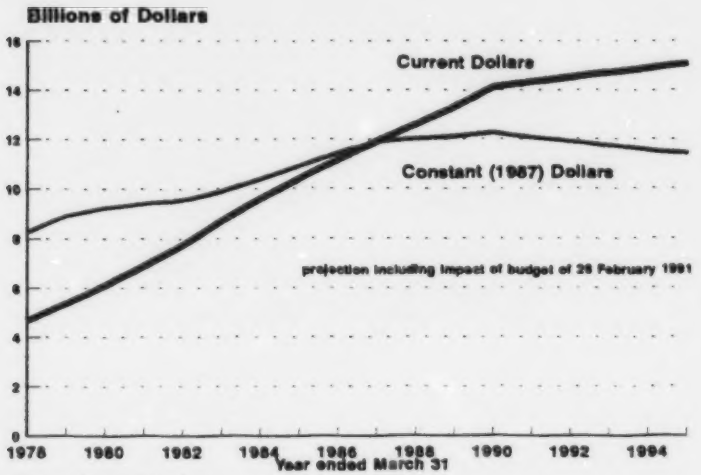
The aim of the limits placed on the growth rate of EPF transfers is to reduce the federal deficit, which is now causing numerous distortions in the Canadian economy. A substantial cut in the size of the

---

(7) For a quantitative assessment of the effects of limitations on the growth of transfer payments, see the information published by the National Council of Welfare, Spring 1991, or the Health Action Lobby, June 1991, which appears in the select bibliography.

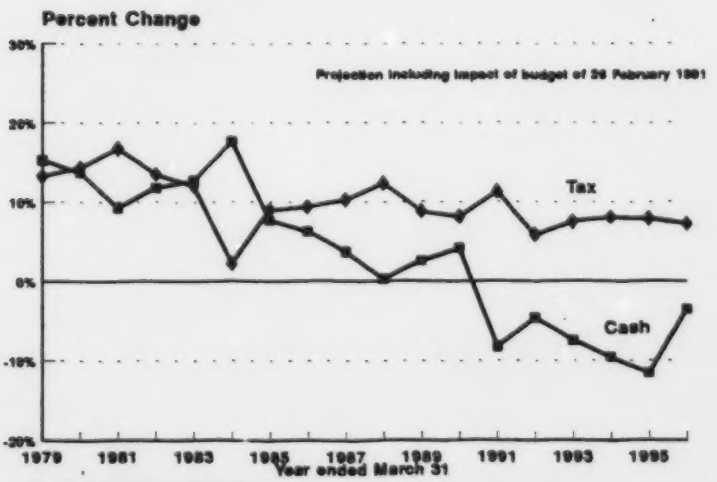
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Figure 1
Federal EPF Transfers for Health
(Billions of Current and Constant Dollars)



Source: Department of Finance.

Figure 2
EPF Transfers for Health
(Year over Year Percentage Change)



Source: Department of Finance.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

budget deficit would make it possible to stabilize the debt:GDP ratio. If the growth rate of the debt were brought down to that of the economy as a whole, it would be possible to maintain at a constant level the share of our collective wealth devoted to servicing the debt, which in turn would diminish the vulnerability of public finances to an economic downturn.

The provinces look askance at the federal government's attempts to stabilize public finances by reducing transfer payments. Provincial governments maintain that the federal reductions are inappropriate because transfer payments to the provinces are not the cause of the deficit. Furthermore, attempts to stabilize the federal budget through cuts in transfer payments to the provinces simply shift costs from one level of government to another, thereby forcing the provinces to reassess their priorities in order to offset the loss of revenues from Ottawa. If the provinces wish to maintain their current levels of health care spending, they must choose between increasing their deficits, increasing revenues through greater taxation, or charging a user fee for health services. The alternative would be to reduce the quality of health care. Ultimately it is the taxpayer or consumers of health care services who will have to bear the brunt of readjustment.

Two points in the debate on cuts to EPF transfers deserve particular attention:

1) EPF transfers include an equalization aspect intended to enable all the provinces to provide their residents with reasonably comparable levels of public health services without having to resort to heavy taxation. In order to be fair to all the provinces, the federal government sought with the introduction of EPF to moderate the sharp differences in per capita contributions from one province to another. As federal transfers are cut back, the poorer provinces are experiencing mounting difficulties in providing a broad array of health services to their residents. At the same time, the governments of these provinces are not in a position to pay an increasing proportion of health care costs from their own budgets.

2) The restrictions on EPF transfers have fuelled the debate about underfunding of the health care system. Most experts maintain, however, that public funding of the health care system is adequate at

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

the present time. The problem, they say, is that the money devoted to health care is not spent in an optimal fashion.(8)

From this point of view, the debate on funding should not focus on staying within the allotted budget but on effects as far as health is concerned. Since a considerable share of public finances is devoted to the health care system, we should at least inquire into the possibilities of using the resources more efficiently and improving the effectiveness of the delivery system.

2. National Standards

The provincial entitlements for health care under EPF are covered by the *Canada Health Act,* which provides financial penalties for provinces that fail to maintain national standards or that authorize extra-billing or user fees. At present, the Governor in Council can hold back or reduce the amounts due under EPF to a province that does not comply with the provisions of the Act. The penalties have been limited, at least so far, to the total amount of cash transfers.

One important result of the constraints on the growth rate of transfer payments is the disappearance in the medium term of cash payments under EPF. Without cash payments, however, the federal government has no means to ensure that the criteria and conditions set forth in the *Canada Health Act* are upheld.

It could be said that, at the time EPF was introduced, the main reason why the transfers were divided into a cash portion and a tax point portion was to provide the federal government with a sum of money that could easily be withheld. This gave Ottawa considerable power over both the maintenance of health care standards and the very nature of the national health insurance system.

In order to preserve this power, the federal government, on 31 May 1991, gave first reading in Parliament to Bill C-20, which would allow other federal payments to the provinces to be withheld if the provinces contravened the provisions of the *Canada Health Act*.

---

(8) See for example Robert Evans, "Health Care: Is the System Sick?" in Doern & Purchase (eds.), *Canada at Risk? Canadian Public Policy in the 1990s,* C.D. Howe Institute, 1991, p. 225-244.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

This measure is welcomed by those who fear that limitations on cash payments might exacerbate discrepancies between the provinces in the level, quality and accessibility of health care services.(9) Facing those who fear a "dismantling" of the national health insurance system, however, are others who wonder if national standards are still justified.(10)

When the public health insurance plans were established in the early 1960s, national standards were unquestionably very important. These standards justified the federal presence in health care because they made it possible to offer all Canadians comparable and acceptable levels of care.

Some argue that these national standards have now been largely achieved.(11) They maintain that although these standards ensure a certain amount of uniformity in the provincial health care programs, they exacerbate the rigidity of the framework within which provincial governments are attempting to improve their health care systems. As a result, national standards allegedly detract from the efficiency of health care and the effective use of resources. In this view, the provinces are perhaps better placed than the federal government to determine the type of health care programs that best suit the needs of their residents.

3. Shared Responsibility

Some analysts emphasize the contradiction in the existence, side by side, of the EPF agreements and the *Canada Health Act*. While the basic objective of EPF was to provide the provinces with greater latitude in their areas of jurisdiction, the *Canada Health Act* limits to some extent

---

(9) This is the position adopted notably by the National Council of Welfare, Spring 1991.

(10) See for instance Mel Couvelier, *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federation and Fiscal Discipline*, 10 September 1990, p. 3 and 4.

(11) Some authors expressed this opinion even before the adoption of the *Canada Health Act*. See for example Thomas J. Courchene, *Refinancing the Canadian Federation: A Survey of the 1977 Fiscal Arrangements Act*, C.D. Howe Institute, 1979, p. 20-23.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

the full exercise of provincial authority over health care. Ultimately, shared responsibility between the two levels of government continues to be a problem.

Perhaps a new method of distributing financial and fiscal resources, one that would be more in step with the Canadian political and economic system, should be considered. For example, a disentanglement of federal and provincial funding could be achieved by a partial or complete replacement of EPF cash payments with transfers of tax points and some associated adjustments in the equalization program. The Economic Council of Canada has already studied this type of option, and indicated that a separation of this kind would better reflect the division of powers between the two levels of government. According to the Economic Council, this option would provide a clearer division of responsibilities and would probably reduce the likelihood of friction between the federal and provincial governments.(12)

The Group of 22 has made a similar proposal.(13) It also suggested that the provinces agree to entrench in the Constitution certain guarantees regarding services so that Canadians will continue to benefit from easy access to health care.

In the present context of constraint on EPF transfers, these options deserve perhaps greater attention than they have received so far. They would satisfy those provinces that want a reassessment of the constitutional division of powers, while at the same time the proposed adjustments in equalization would serve to maintain an adequate level of health services in the poorer provinces.

The complete withdrawal of the federal government from transfer payments for health through a grant to the provinces of tax room equivalent to its contributions (at least what remains of them) would also make the provinces less dependent in regard to one aspect of their health insurance program financing. The federal government's withdrawal would

---

(12) Economic Council of Canada, *Financing Confederation Today and Tomorrow*, 1982, p. 139.

(13) Group of 22, *Some Practical Suggestions for Canada*, June 1991, p. 17.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

also eliminate the uncertainty about the final determination of the total level of transfers and their rate of growth.

In order for these concessions to be made, the federal government and the provinces would have to come to an agreement on the value of the fiscal transfers.(14) The provinces have always considered the tax points granted by the federal government to be an integral part of their tax structure. The federal government, on the other hand, sees the tax point transfers as representing sums of money that would otherwise be paid in cash, and which therefore reduce its revenues.

Difficult negotiations lie ahead when the two levels of government attempt to establish their priorities in health care funding.

CONCLUSION

Over the years, governments have become ubiquitous in the health care field. Government intervention was intended primarily to correct certain imperfections in the market system and to rectify social inequalities. The various levels of government shared responsibilities in this area. Even though health falls under provincial jurisdiction, the federal government has participated financially in establishing a national system of health insurance and remains a relatively important source of funding for the provincial health systems.

Federal contributions have, however, declined over the recent years. While some provinces wish to acquire greater latitude in health care, others fear a decline in their ability to deliver care.

Since the responsibility for health care is divided between two levels of government, the way in which fiscal and financial resources are divided is a key element in the Canadian economic and political

---

(14) For a full analysis of the various interpretations of fiscal transfers, see the paper published by the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, *Fiscal Federalism in Canada*, House of Commons, August 1991.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

system. Any change to the manner in which health care is financed should therefore be the result of negotiations that take into account the principle of financial and fiscal responsibility and are based on criteria for establishing equity between the provinces. Difficult negotiations are to be expected when the two levels of government attempt to set out their EPF priorities for health care.

SELECT BIBLIOGRAPHY

Bowsher, Charles A., Comptroller General of the United States. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States.* Statement before the Committee of the House of Representatives on Government Operations, 4 June 1991, 9 p.

Conklin, David W. "Why Canada's System is Better and Cheaper." *Policy Options,* Vol. 11, No. 4, May 1990, p.15-18.

Courchene, Thomas J. *Refinancing the Canadian Federation: A Survey of the 1977 Fiscal Arrangements Act.* C.D. Howe Institute, 1979, 48 p.

Couvelier, Mel. *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federalism and Fiscal Discipline.* 10 September 1990.

Economic Council of Canada. *Financing Confederation Today and Tomorrow,* 1982, 182 p.

Evan, Robert G. *Strained Mercy - The Economics of Canadian Health Care.* Butterworths, Toronto, 1984, 390 p.

Evans, Robert G. "Health Care: Is the System Sick?" *Canada at Risk? Canadian Public Policy in the 1990's.* Edited by Doern and Purchase. C.D. Howe Institute, 1991, p.225-244.

Group of 22. *Some Practical Suggestions for Canada.* Report, June, 1991, 28 p.

Health and Welfare Canada. *Canada Health Act: Annual Report 1989-1990.* Government of Canada, 1990, 92 p.

Health Action Lobby (HEAL). *Federal Support for Health Care--A Background Paper.* Alistair K. Thompson Policy Inc., 15 May 1991, 28 p.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

MacEachen, Allan J. *Federal-Provincial Fiscal Arrangements in the Eighties.* Submission to the Parliamentary Task Force on the Federal-Provincial Fiscal Arrangements. Department of Finance, 23 April 1981, 93 p.

National Council of Welfare. *Funding Health and Higher Education: Danger Looming.* Report, Spring 1991, 37 p.

Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements, *Fiscal Federalism in Canada.* House of Commons, August 1981, 214 p.

Rheault, Sylvie. *Financement des services de santé: Défis pour les années 90.* Gaëtan Morin (ed.), Conseil des affaires sociales, Gouvernement du Québec, 1990, 180 p.

Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women. *The Health Care System in Canada and its Funding: No Easy Solutions.* Report tabled in the House of Commons in June 1991, 122 p.

Wilson, Michael H., Minister of Finance. The Budget. Tabled on 26 February 1991, 164 p.

Étude générale

BP-264F

LE FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS AU TITRE DE LA SANTÉ

Odette Madore
Division de l'économie

Août 1991

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1992

Nº de cat. YM32-2-264F

ISBN 0-660-93767-0

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LE FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS AU TITRE DE LA SANTÉ

INTRODUCTION

Le gouvernement fédéral aide les provinces à s'acquitter de leurs responsabilités en matière de soins de santé principalement au moyen de transferts relevant du Financement des programmes établis (FPÉ). Les droits versés aux provinces dans le cadre du FPÉ sont à la base des relations fiscales intergouvernementales. Ils représentent en outre des sommes considérables transférées en points d'impôt et au comptant.

En vérité, les transferts aux fins du FPÉ constituent la principale forme d'aide fédérale aux provinces. Pour l'exercice financier 1991-1992, il est prévu(1) que l'ensemble des transferts fédéraux aux provinces sera de plus de 36,9 milliards de dollars, transferts monétaires et fiscaux compris. À lui seul, le programme du FPÉ totalisera près de 20 milliards de dollars, soit environ 55 pour 100 de l'ensemble des transferts versés aux administrations provinciales. De ce montant, 14 milliards de dollars seront alloués à la santé.

Bien que depuis son instauration en 1977, le FPÉ soit, pour l'essentiel, demeuré le même dans sa structure, son rythme de croissance a été modéré. En fait, la limitation du taux de croissance des transferts effectués aux termes du FPÉ, entreprise par le gouvernement fédéral au cours des dernières années, soulève des questions quant à la capacité de certaines provinces de maintenir un niveau satisfaisant de services de santé. Le ralentissement de la croissance de ces transferts fait également naître des craintes relativement au respect des normes nationales dans le domaine de la santé. Enfin, conjuguée à l'incertitude qui règne en matière constitutionnelle, la compression des transferts versés aux provinces

---

(1) Michael H. Wilson, ministre des Finances, *Le budget*, 26 février 1991, p. 20, 68 et 78.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

soulève de nouveau l'épineuse question du partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Ces diverses questions font l'objet du présent document. Dans la première partie, nous examinons les raisons qui justifient l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé. Dans la deuxième, nous décrivons la nature et le fonctionnement des arrangements au titre du FPÉ entre les gouvernements fédéral et provinciaux, tandis que dans la troisième, nous présentons les transferts versés aux gouvernements des provinces au titre de la santé et en analysons l'évolution au cours des quinze dernières années. Enfin, dans la dernière partie, nous abordons les problèmes que soulèvent les arrangements fiscaux et financiers à la base du FPÉ.

A. Le rôle du gouvernement dans le domaine de la santé

En 1990(2), plus de 60 milliards de dollars, soit 9,2 pour 100 du produit intérieur brut, ont été consacrés à la santé. La part du financement des services de santé assumée par les administrations publiques (fédérale, provinciales et municipales) s'est élevée à près de 73 pour 100 de l'ensemble des dépenses relatives à la santé.

L'omniprésence du secteur public dans le domaine de la santé est généralement justifiée par des facteurs d'imperfection du marché(3). Dans un marché privé, l'allocation des ressources se fait par l'interaction de l'offre et de la demande; l'équilibre de prix qui s'ensuit assure une allocation optimale lorsque certaines conditions liées à l'offre et à la demande sont remplies. Or, il semble que ces conditions n'existent pas toujours dans le domaine de la santé.

D'une part, le marché peut difficilement assurer une production suffisante de services santé en raison même de la nature de ces

---

(2) Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, *Le régime des soins de santé au Canada et son financement: Des choix difficiles*, Ottawa, juin 1991, p. 17.

(3) Pour une analyse détaillée du rôle du gouvernement dans le domaine de la santé, le lecteur est prié de se reporter aux ouvrages de Evans (1984) et Rheault (1990) qui figurent dans la bibliographie sélective.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

services: ceux-ci comportent en effet des coûts et des avantages sociaux que le marché privé ne prend pas en compte. D'autre part, les consommateurs ne disposent pas d'une information parfaite parce qu'ils sont aux prises avec l'incertitude liée à la maladie et donc à leur état de santé futur. En outre, parce qu'ils ne peuvent souvent pas déterminer eux-mêmes le type de services dont ils ont besoin, les consommateurs doivent déléguer leur souveraineté dans le processus de décision à ceux qui offrent des services de santé.

Par ailleurs, on se sert également de critères d'inéquité sociale pour justifier l'intervention gouvernementale. L'inéquité sociale la plus souvent mentionnée porte sur des questions d'ordre économique. Dans un marché privé, la personne qui éprouve des problèmes de santé et qui ne dispose que d'un faible revenu devrait faire face à une tarification identique à celle des gens à revenu élevé. Ainsi, les personnes défavorisées économiquement devraient assumer une part relativement plus élevée des coûts.

Pour ces raisons, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada ont privilégié l'assurance publique par rapport à l'assurance privée. Les imperfections économiques et sociales ne suffisent toutefois pas à expliquer entièrement l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé. Qu'il suffise, pour preuve, de rappeler que les États-Unis ont opté pour un système de soins de santé reposant fortement sur le secteur privé. Les écarts relatifs à la participation du secteur public au Canada et aux États-Unis s'expliquent sans doute par la conception différente que les citoyens de ces pays se font du rôle de l'État. Selon certains auteurs(4), l'omniprésence du gouvernement semble expliquer pourquoi le système de santé canadien est supérieur au système américain.

B. La nature et le fonctionnement des arrangements au titre du FPÉ

Le financement des services de santé comporte un partage des pouvoirs entre les paliers de gouvernement. Le régime public

---

(4) David W. Conklin, "Why Canada's System is Better and Cheaper?", *Options politiques*, vol. 11, n° 4, mai 1990, p. 15-18 et Charles A. Bousher. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*, 4 juin 1991.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

d'assurance-santé mis sur pied au cours des dernières décennies résulte de la répartition des pouvoirs en vertu de la Constitution. Aux termes de celle-ci, la prestation des services de santé est essentiellement de compétence provinciale. Le principal levier par lequel le gouvernement fédéral exerce son influence dans ce domaine vient du "pouvoir de dépenser" que lui accorde la Constitution. Ce pouvoir donne au Parlement fédéral la possibilité de verser des sommes à des personnes, à des organismes ou à d'autres paliers de gouvernement dans des domaines où il n'a pas nécessairement le pouvoir de légiférer.

Le pouvoir de dépenser a donc donné lieu à l'émergence de programmes fédéraux de transferts aux gouvernements provinciaux. La participation du gouvernement fédéral au financement des programmes de santé des gouvernements provinciaux s'est fortement accrue au cours des années 60 avec la mise en place d'un régime national d'assurance publique couvrant les services hospitaliers, diagnostiques et médicaux. À cette époque, cette présence croissante répondait à la fois aux besoins accrus des provinces et à la volonté d'établir un régime équitable et uniforme au pays.

Les modalités de financement du gouvernement fédéral ont toutefois été modifiées au cours des décennies. Avant l'adoption du FPÉ, les paiements fédéraux étaient fondés sur des formules de partage des coûts à parts à peu près égales pour chacun des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Les formules de calcul des droits provinciaux différaient cependant d'un programme à l'autre.

Les paiements versés aux provinces en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* se calculaient de la façon suivante: le droit d'une province, pour une année donnée, était égal à 25 pour 100 du coût national moyen, par habitant, des services assurés, plus 25 pour 100 du coût des services assurés par habitant pour la province, multiplié par la population de la province cette année-là. Dans l'ensemble, la contribution du gouvernement fédéral était égale à environ 50 pour 100 du coût des services assurés au Canada; toutefois, elle était plus élevée dans les provinces où le coût par habitant était inférieur à la moyenne nationale, et plus faible dans les autres provinces.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Au titre de la *Loi sur les soins médicaux*, le droit d'une province pour une année donnée était égal à 50 pour 100 du coût national moyen des services assurés par habitant, multiplié par la population de la province cette année-là. Par conséquent, toutes les provinces recevaient une subvention égale par habitant, même si les contributions fédérales aux provinces variaient en proportion des dépenses provinciales totales.

Depuis l'instauration du FPÉ, en 1977, les droits totaux versés aux provinces au titre de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance-maladie et des services complémentaires de santé reposent sur la valeur moyenne des contributions fédérales par habitant versées au cours de l'exercice financier 1975-1976 et relevées cumulativement année après année selon un facteur de progression. Ce facteur de progression correspond à une moyenne mobile, composée sur trois ans, du produit national brut par habitant. L'utilisation d'une moyenne mobile permet d'atténuer les fluctuations trop brusques qui pourraient survenir dans l'évolution du PNB; le facteur de progression ne retient donc que l'évolution moyenne.

Les arrangements entre les gouvernements fédéral et provinciaux au titre du FPÉ comprennent une partie financière et une partie fiscale. Les transferts au comptant sont des paiements périodiques versés par chèque aux provinces, tandis que par le biais d'un transfert en points d'impôt, le gouvernement fédéral cède aux provinces un certain espace fiscal. Pour ce faire, il abaisse ses taux d'imposition et les provinces augmentent les leurs d'une manière équivalente. Le fardeau fiscal du contribuable demeure inchangé même s'il paie plus d'impôt provincial et moins d'impôt fédéral. La valeur des recettes auxquelles le gouvernement fédéral renonce sert à diminuer le transfert au comptant qu'il devrait autrement verser à la province. Le transfert fiscal consiste en 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et en un point d'impôt sur le revenu des sociétés. Dans le cadre des accords de non participation, le Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers. Par rapport aux autres provinces, le Québec perçoit donc une portion relativement plus grande de sa contribution fédérale sous forme de transferts en points d'impôt, et une portion moindre au comptant. Au total cependant, les droits par habitant du Québec aux fins du FPÉ sont exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Les modalités du financement établies par le FPÉ présentent certaines caractéristiques intéressantes :

a) La formule utilisée pour calculer les droits versés aux provinces repose sur l'accroissement de la richesse collective. Lorsque la capacité d'une économie à produire des biens et des services est grande, les gouvernements peuvent facilement tirer des revenus des produits et services commercialisables et financer des programmes de services de santé.

b) La performance de l'économie canadienne affecte le montant des contributions que le gouvernement fédéral peut verser aux provinces de deux façons : d'une part, la croissance économique entre dans le calcul du facteur de progression et, d'autre part, elle influe directement sur les recettes fédérales tirées de l'impôt sur le revenu des particuliers et de l'impôt sur les sociétés. Ainsi, lorsqu'il y a ralentissement économique, le facteur de progression servant à ajuster le montant total des transferts est moindre. En outre, une croissance économique faible réduit les revenus que le gouvernement fédéral tire des impôts; il en résulte un montant plus faible des transferts totaux de points d'impôts.

c) La contribution fédérale dépend non seulement de la croissance économique, mais aussi des modifications éventuelles de la législation sur les arrangements fiscaux et des changements aux lois fédérales sur les impôts. Par exemple, une modification du régime d'imposition sur le revenu qui permettrait au gouvernement fédéral d'augmenter ses revenus autonomes aurait pour conséquence de réduire ses dépenses de transferts aux provinces puisque cette hausse d'impôt se traduirait par une augmentation de la valeur d'un point d'impôt. Tout élargissement de l'assiette fédérale d'imposition du revenu ou toute augmentation des taux d'imposition auraient un effet similaire.

d) Les droits versés au titre du FPÉ comportent un élément de redistribution. En effet, ces derniers sont égalisés au niveau d'une norme représentative, dans le cadre de la formule générale de péréquation. Les provinces dont le potentiel fiscal (c.-à-d. la capacité de prélever des recettes) est inférieur à cette norme sont celles qui bénéficient de la péréquation. Les provinces qui constituent la norme sont le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique. Comme le mentionne le

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Conseil national du bien-être social(5), les droits versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du FPÉ "permettent de compenser les disparités régionales et les difficultés qu'éprouvent les provinces les moins nanties à offrir une gamme étendue de programmes et des services à leurs résidents."

e) Contrairement à la formule de partage des coûts d'avant 1977, le FPÉ est un mécanisme de financement global. Les provinces peuvent utiliser les fonds du FPÉ en fonction de leurs propres priorités.

Parce qu'elle tient compte de la croissance économique et qu'elle peut être modifiée par suite de décisions unilatérales du gouvernement fédéral, la formule retenue pour évaluer les contributions introduit un élément d'incertitude tant au niveau de l'établissement du montant total du transfert que de son rythme de croissance. Par ailleurs, le FPÉ est un mécanisme de financement équitable: les transferts sont versés sur une base égale par habitant, de sorte que l'aide reçue par chaque province dépend de la taille et de la croissance de sa population.

Pour recevoir la totalité des droits versés au titre de la santé, les provinces sont toutefois tenues de se conformer à certaines conditions. Ces conditions sont les suivantes(6):

universalité:	toutes les personnes assurées doivent avoir droit aux services.
caractère complet:	tous les services assurés nécessaires doivent être couverts.
accessibilité:	les services doivent être offerts à des conditions uniformes et aucune mesure ne doit faire obstacle à un accès convenable à ces services.
transférabilité:	les particuliers doivent rester assurés lorsqu'ils s'absentent temporairement de leur province de résidence ou du Canada.

---

(5) Conseil national du bien-être social, *Les dangers qui guettent le financement de la santé et de l'enseignement supérieur*, printemps 1991, p. 5.

(6) Santé et Bien-être social Canada, *Loi canadienne sur la santé: Rapport annuel 1989-1990*, p. 9-11.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

administration publique: il faut que les régimes de santé soient administrés par une autorité publique sans but lucratif.

Ces conditions sont considérées comme les "normes nationales" et sont stipulées dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi prévoit également des pénalités financières pour les provinces qui permettent la surfacturation ou exigent des frais modérateurs. Les pénalités prévues à l'égard des provinces qui contreviennent aux dispositions de la loi se limitent aux transferts au comptant. L'adoption du projet de loi C-20 pourrait venir renforcer les pénalités imposées aux provinces contrevenantes.

C. Évolution des droits versés aux provinces

Dans les documents, on mentionne souvent que l'examen des droits versés aux provinces au titre du FPÉ dans le secteur de la santé ne donne qu'une indication très générale de l'appui financier du gouvernement fédéral. Comme le FPÉ est un programme de financement global, la répartition des paiements entre la santé et l'enseignement postsecondaire (67,9 pour 100 et 32,1 pour 100 respectivement) est très arbitraire. En outre, cette répartition ne dicte pas nécessairement la ventilation de ces transferts entre les domaines en question au niveau provincial, puisque les provinces peuvent utiliser les droits perçus dans le cadre du FPÉ en fonction de leurs propres priorités. Par ailleurs, l'effort financier du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé ne se limite pas aux ressources versées dans le cadre du FPÉ. Par exemple, certaines dépenses effectuées en vertu du Régime d'assistance publique du Canada sont dirigées vers le secteur de la santé.

En dépit des points qui viennent d'être soulevés, l'évolution des droits versés au titre de la santé dans le cadre du FPÉ mérite une attention particulière, car elle n'est pas dépourvue d'aspects politiques.

Les contributions fédérales qui ont servi au calcul des droits versés au cours de la première année de mise en oeuvre du FPÉ sont présentées au tableau 1.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLEAU 1

CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES À L'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET À L'ASSURANCE-MALADIE POUR L'ANNÉE DE BASE 1975-1976

Province	Millions de $	$ Par habitant	% des coûts
Terre-Neuve	76,4	139,14	56,3
Île-du-Prince-Édouard	14,8	126,39	62,2
Nouvelle-Écosse	111,6	136,18	54,2
Nouveau-Brunswick	92,8	139,50	57,1
Québec	914,5	148,00	47,7
Ontario	1 181,7	144,60	50,2
Manitoba	148,8	146,80	55,2
Saskatchewan	127,6	140,62	54,1
Alberta	257,3	144,69	50,4
Colombie-Britannique	341,4	140,31	48,5
Total	3 256,9	144,25	50,2

Source: Allan J. MacEachen, *Les relations fédérales-provinciales dans les années 80*, avril 1981, p. 76-77.

Comme on peut le voir, les contributions versées par le gouvernement fédéral dans le domaine des services de santé assurés au cours de la dernière année de l'application des anciens accords montraient des variations marquées d'une provinces à l'autre: la contribution fédérale par habitant variait de 126 $ par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard à 148 $ au Québec. Le tableau 1 montre également que quelques-unes des

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

provinces les plus riches recevaient des transferts par habitant supérieurs à ceux d'autres provinces en vertu des anciens accords. Au cours de la première année d'application du FPÉ, on a relevé la contribution fédérale moyenne par habitant de 144 $ en fonction du facteur de progression, qui était évalué à 14,85 pour 100; il en est résulté le versement d'une somme d'environ 166 $ par habitant dans toutes les provinces. Avec l'entrée en vigueur du FPÉ, toutes les provinces ont donc reçu le même montant (par habitant) au titre de la santé. En somme, les provinces qui auparavant recevaient des subventions relativement moins élevées dans le cadre des anciens programmes à frais partagés, en l'occurrence les provinces à faible revenu, ont touché des contributions beaucoup plus importantes par suite de l'entrée en vigueur du FPÉ. Cela s'explique par le fait que les dispositions du FPÉ comportent un certain élément de péréquation. Par ailleurs, à partir de 1977-1978, un supplément de 20 $ par habitant a été offert pour faciliter le financement des services complémentaires de santé. Depuis, les contributions fédérales aux provinces au cours de l'année de base devaient être cumulativement relevées année après année en fonction du taux de croissance du PNB et du taux de croissance de la population, c.-à-d. en fonction d'un réajustement du facteur de progression.

Toutefois, depuis 1986, les transferts fédéraux au titre du FPÉ ont fait l'objet de réductions; ces mesures restrictives avaient pour objet de réduire le déficit fédéral. Tout d'abord, en 1986, le Parlement fédéral a adopté le projet de loi C-96, qui a comprimé la croissance des transferts au titre du FPÉ. Les paiements continuent d'être liés à la croissance économique et démographique; cependant, leur taux de croissance annuel par habitant est réduit de 2 pour 100 par rapport à celui que prévoyait l'ancienne formule. Ensuite, le projet de loi C-69, adopté en 1991, vient geler les transferts du FPÉ, par habitant, à leur niveau de 1989-1990 pendant deux ans. Enfin, le projet de loi C-20, reçu en première lecture le 31 mai 1991, prolonge de trois ans le gel décrété au chapitre des transferts aux provinces. Les droits versés aux provinces continueront donc d'augmenter au même rythme que la population. Le projet de loi C-20 précise également qu'à partir de 1995-1996, la croissance des droits du FPÉ sera limitée au taux de croissance du PNB par habitant, diminué de 3 pour 100.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Le graphique 1 retrace l'évolution, en dollars courants et constants, de la contribution totale du gouvernement fédéral au titre du FPÉ dans le secteur de la santé. Lorsque nous examinons l'évolution des transferts versés aux provinces sur une période d'environ vingt ans, nous constatons que le rythme de croissance, en termes réels, comporte trois phases. D'abord, au cours de la décennie 1977-1987, ces transferts ont constamment augmenté. Ensuite, la période 1987-1990 s'est caractérisée par une quasi-stabilité des droits versés. Enfin, à partir de 1990-1991, on s'attend à ce que les transferts fédéraux alloués au chapitre de la santé soient en décroissance réelle.

En somme, en raison de l'évolution de son déficit et de sa volonté de réduire ses dépenses, graduellement le gouvernement fédéral est amené à plafonner, voire à diminuer, sa contribution dans le domaine de la santé. Comme les répercussions à long terme des restrictions fédérales se traduisent par de fortes baisses de recettes pour les gouvernements provinciaux(7), certains parlent du "désengagement" du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé.

Le graphique 2 fait clairement ressortir l'évolution différente des transferts au comptant et des transferts en points d'impôt. Comme le taux global de croissance du FPÉ a été ralenti en raison des restrictions budgétaires du gouvernement fédéral et comme il y a une croissance relativement rapide de la valeur du transfert fiscal, la partie monétaire du transfert total est en diminution.

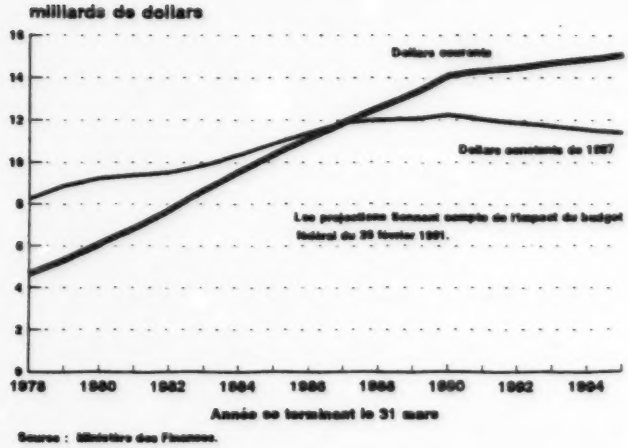
La limitation du taux de croissance des transferts du FPÉ provoquera également, à moyen terme, la disparition des versements conditionnels au comptant. Cela risque de retirer au gouvernement fédéral les moyens nécessaires pour assurer le maintien des normes de services énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

---

(7) Pour une évaluation quantitative des effets de la limitation de la croissance des transferts, le lecteur est prié de consulter les documents publiés par le Conseil national du bien-être social (printemps 1991) ou The Health Action Lobby (juin 1991) qui figurent dans la bibliographie sélective.

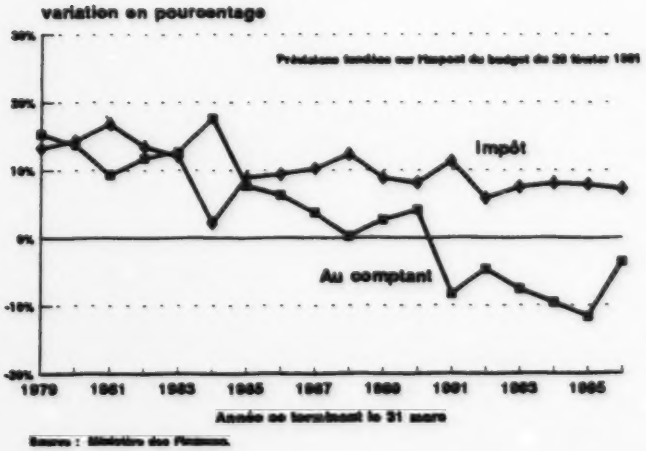
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Graphique 1
Transferts au titre du FPÉ - Santé
(en milliards de dollars)



Source : Ministère des Finances.

Graphique 2
Croissance annuelle des transferts au titre du FPE - Santé



Source : Ministère des Finances.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

D. Conséquences de la limitation du rythme de croissance des transferts

Les nombreuses modifications apportées depuis 1986 par le gouvernement fédéral ont considérablement affecté le rythme de croissance des transferts aux provinces et accentué le déséquilibre des finances publiques dans certaines provinces. Qui plus est, ces modifications risquent de compromettre la nature même des arrangements liés au FPÉ.

1. Les finances publiques provinciales

Le but visé par la limitation du rythme de croissance des transferts du FPÉ est la réduction du déficit fédéral qui crée, à l'heure actuelle, de nombreuses distorsions dans l'économie canadienne. Une réduction sensible de la taille du déficit budgétaire permettrait de stabiliser la dette par rapport au PIB. En ramenant l'augmentation de la dette en deçà de la croissance économique, il serait possible de maintenir la part de la richesse collective allouée au service de la dette, ce qui réduirait la sensibilité des finances publiques à la conjoncture économique.

Les provinces n'approuvent pas l'objectif du gouvernement fédéral d'assainir ses finances publiques par une réduction des transferts. D'une part, les gouvernements des provinces estiment les réductions fédérales inappropriées, car ils soutiennent que les transferts aux provinces ne sont pas la cause du déficit. D'autre part, on mentionne que le rétablissement de l'équilibre financier du gouvernement fédéral par une diminution des transferts aux provinces entraîne un transfert de coûts d'un palier de gouvernement à l'autre, ce qui oblige les provinces à réévaluer leurs priorités afin de compenser la diminution des recettes provenant du gouvernement central. Afin de maintenir leur niveau des dépenses dans le domaine de la santé, les provinces doivent choisir entre une augmentation de leur déficit respectif ou un accroissement de leurs revenus par le biais d'une augmentation de l'impôt ou encore d'une prime que devront verser les utilisateurs des services de santé. Les provinces pourraient par ailleurs décider de réduire le niveau des services de santé. Ultimement, c'est le contribuable ou le bénéficiaire des services qui doit supporter le fardeau du rajustement.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Dans ce débat relatif aux coupures des transferts versés au titre du FPÉ, deux points méritent une attention particulière :

1) D'une part, les transferts au titre du FPÉ comprennent un élément de péréquation ayant pour but de permettre à chaque province de fournir à ses citoyens un niveau raisonnablement comparable de services publics de santé sans devoir recourir à une fiscalité trop lourde. Dans un souci d'équité interprovinciale, le gouvernement fédéral a permis d'atténuer, avec l'instauration du FPÉ, les variations marquées d'une province à l'autre dans ses contributions par habitant. Avec la compression des transferts fédéraux, les provinces moins nanties éprouvent de plus en plus de difficultés à offrir une gamme étendue de services de santé à leurs résidents. Qui plus est, les gouvernements de ces provinces ne sont pas en mesure de payer une proportion croissante des soins de santé à même leurs propres sources de revenus.

2) D'autre part, les restrictions imposées aux transferts du FPÉ ont alimenté les discussions sur le sous-financement du système de soins de santé. La plupart des experts soutiennent cependant que les efforts publics pour le financement du système de santé sont suffisants. Ils affirment plutôt que les sommes totales actuellement dévolues à la santé ne sont pas utilisées de façon optimale(8).

Dans cette perspective, le débat sur le financement ne devrait pas porter sur le respect du budget alloué mais sur les résultats en matière de santé. Si l'on reconnaît qu'une part considérable est consacrée au système de santé parmi l'ensemble des dépenses publiques, il faut peut-être se demander quelles sont les possibilités d'utiliser les ressources de façon plus efficiente et de quelle manière on peut améliorer l'efficacité dans la prestation des services.

2. Les normes nationales

Les droits versés aux provinces au titre de la santé en vertu du FPÉ sont régis par la *Loi canadienne sur la santé*, qui prévoit des pénalités financières pour les provinces qui ne respectent pas les normes nationales ou qui autorisent la surfacturation ou l'imposition de frais

---

(8) Voir par exemple, Robert Evans, "Health Care: Is the System sick?", *Canada at Risk? Canadian Public Policy in the 1990's*, Doern & Purchase (éd.), Institut C.D. Howe, 1991, p. 225-244.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

modérateurs. À l'heure actuelle, le gouverneur en conseil peut retenir ou réduire les sommes dues au titre du FPÉ à une province qui ne satisfait pas aux dispositions de la loi. Les pénalités se sont limitées, du moins jusqu'à aujourd'hui, au montant total des transferts versés au comptant.

Or, une conséquence importante de la limitation du rythme de croissance des transferts est la disparition, à moyen terme, des versements au comptant des transferts du FPÉ. Sans transferts au comptant, le gouvernement fédéral ne dispose d'aucun moyen pour faire respecter les conditions et critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Il est donc possible d'affirmer que la raison fondamentale de la répartition des transferts entre une partie au comptant et une partie en points d'impôt, lors de l'instauration du FPÉ, était de fournir au gouvernement fédéral une somme susceptible d'être retenue. Celui-ci disposait ainsi d'un pouvoir important non seulement en ce qui a trait au maintien des normes de services de santé, mais également pour ce qui est de la nature du réseau national d'assurance-santé.

Pour préserver ce pouvoir, le gouvernement fédéral a déposé en première lecture au Parlement, le 31 mai 1991, le projet de loi C-20 dont l'un des articles prévoit que d'autres paiements fédéraux faits aux provinces pourraient être retenus si celles-ci contreviennent aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Cette mesure réjouit ceux qui craignent que la limitation des paiements au comptant ne vienne amplifier les écarts provinciaux quant au niveau, à la qualité et à l'accessibilité des services(9). Au-delà des craintes que suscite un "démantèlement" du régime national d'assurance-santé, d'autres se demandent si les normes nationales sont encore justifiées(10).

Lorsque les régimes publics d'assurance-santé ont été mis sur pied au début des années 60, les normes nationales étaient sans aucun doute très importantes. En fait, ces normes justifiaient la présence du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, car elles permettaient

---

(9) C'est notamment la position du Conseil national du bien-être social (printemps 1991).

(10) Voir par exemple Mel Couvelier, *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federation and Fiscal Discipline*, 10 septembre 1990, p. 3 et 4.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

assurément d'offrir à tous les Canadiens un niveau acceptable et comparable de services de santé.

Plusieurs estiment que ces normes nationales sont aujourd'hui atteintes dans une large mesure(11). Ils soutiennent que si ces normes assurent une certaine uniformité des programmes de santé entre les provinces, elles accentuent cependant la rigidité du cadre à l'intérieur duquel les gouvernements provinciaux tentent d'améliorer leur réseau de soins de santé. En ce sens, selon eux, elles encouragent peu l'efficacité en matière de soins de santé et l'efficience dans l'utilisation des ressources. Dans cette perspective, les provinces sont peut-être mieux placées que le gouvernement fédéral pour déterminer la nature des programmes de santé qui conviennent le mieux aux besoins de la population.

3. Le partage des responsabilités

Certains analystes soulignent le caractère paradoxal de la coexistence des accords du FPÉ et de la *Loi canadienne sur la santé*. Alors que l'objectif fondamental du FPÉ était d'accorder aux provinces une plus grande latitude dans leur domaine de compétence, la *Loi canadienne sur la santé* limite en quelque sorte le plein exercice des responsabilités des administrations provinciales en matière de santé. En somme, le problème du partage des responsabilités entre les deux ordres de gouvernement persiste toujours.

Il faudrait peut-être envisager un nouveau mode de répartition des ressources financières et fiscales qui soit plus cohérent avec la structure du système politique et économique du Canada. Par exemple, une séparation marquée des sources de financement fédérales et provinciales consisterait à remplacer partiellement ou même complètement les paiements au comptant versés aux fins du FPÉ par des transferts de points d'impôt, avec quelques modifications connexes au programme de péréquation. Le Conseil économique du Canada a déjà étudié une telle option. Il a indiqué, à cet égard, qu'une telle séparation répondrait

---

(11) En fait, avant même l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, certains auteurs exprimaient cette opinion. Voir par exemple Thomas J. Courchene, *Refinancing the Canadian Federation: A Survey of the 1977 Fiscal Arrangements Act*, Institut C.D. Howe, 1979, p. 20-23.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

mieux à la division des pouvoirs entre les deux paliers de gouvernement. D'après lui, cette option se traduirait par une séparation plus claire des responsabilités et réduirait probablement les risques de friction entre le gouvernement fédéral et les provinces(12).

Le Groupe des 22 a fait une proposition similaire(13). Afin que les Canadiens puissent continuer de bénéficier d'un accès facile aux services de santé, le Groupe a également proposé que les provinces consentent à enchâsser dans la Constitution certaines garanties de services.

Dans le contexte actuel de la limitation des transferts du FPÉ, ces options méritent peut-être une plus grande attention qu'elles n'en ont reçu jusqu'ici. D'une part, elles satisferaient les provinces qui souhaitent une réévaluation de la répartition constitutionnelle des pouvoirs; d'autre part, le réaménagement de la péréquation associé à ces options garantirait le maintien d'un niveau adéquat de services de santé dans les provinces moins nanties.

Le retrait complet du gouvernement fédéral du financement des transferts au titre de la santé par la concession aux provinces de l'espace fiscal équivalent à sa contribution (du moins ce qui en reste) rendrait aussi les provinces moins dépendantes en ce qui a trait à une partie du financement de leur programme d'assurance-santé. En outre, ce retrait éliminerait l'élément d'incertitude lié à la détermination du montant total du transfert et de son rythme de croissance.

Pour que cette concession se réalise, il faudrait toutefois que le gouvernement fédéral et les provinces s'entendent sur l'interprétation de la valeur du transfert fiscal(14). Les provinces ont toujours considéré les points d'impôt jusqu'ici concédés par le

---

(12) Conseil économique du Canada, *Le financement de la Confédération: D'aujourd'hui à demain*, 1982, p. 139.

(13) Groupe des 22, *Quelques suggestions pratiques pour le Canada*, juin 1991, p. 17.

(14) Pour un exposé complet sur les différentes interprétation du transfert fiscal, le lecteur est prié de consulter le document du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, *Le fédéralisme fiscal au Canada*, Chambre des communes, août 1991, p. 77- 80.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

gouvernement fédéral comme faisant partie intégrante de leur structure d'imposition. De son côté, le gouvernement fédéral perçoit le transfert de points d'impôt comme une somme qui serait autrement versée au comptant et qui vient conséquemment réduire ses recettes.

En somme, des tractations difficiles sont à prévoir lorsque les deux paliers de gouvernement voudront établir leurs priorités en matière de financement des soins de santé.

CONCLUSION

Au fil des ans, les gouvernements sont devenus omniprésents dans le domaine de la santé. L'intervention gouvernementale visait essentiellement à corriger certaines imperfections du marché ou à rectifier certaines inéquités sociales. Les différents paliers de gouvernement se sont partagés les responsabilités dans ce domaine. Même si la santé est de compétence provinciale, le gouvernement fédéral a participé financièrement à l'établissement d'un réseau national d'assurance-santé. Aujourd'hui, le gouvernement fédéral constitue encore une source de financement relativement importante des systèmes de santé provinciaux.

La contribution fédérale s'est toutefois amoindrie au cours des dernières décennies. Alors que certaines provinces sont en faveur d'une plus grande latitude au chapitre de la santé, d'autres craignent une détérioration de leur réseau de prestation de soins.

Parce que les responsabilités sont partagées entre deux ordres de gouvernement, le mode de répartition des ressources fiscales et financières constitue un élément fondamental du système politique et économique du Canada. À ce titre, toute modification apportée aux modalités de financement des soins de santé devrait résulter de négociations qui tiennent compte du principe de la responsabilité financière et fiscale et qui reposent sur des critères d'équité interprovinciale. Dans cette perspective, des tractations difficiles sont à prévoir lorsque les deux paliers de gouvernement voudront établir leurs priorités aux fins du FPÉ au titre de la santé.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Bowsher, Charles A., Contrôleur général des États-Unis. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States.* Présentation devant le Comité de la Chambre des représentants chargé des opérations gouvernementales, 4 juin 1991, 9 p.

Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. *Le régime de soins de santé au Canada et son financement : Des choix difficiles.* Rapport déposé à la Chambre des communes en juin 1991, 132 p.

Conklin, David W. "Why Canada's System is Better and Cheaper?". *Options politiques,* vol. 11, n° 4, mai 1990, p. 15-18.

Conseil économique du Canada. *Le financement de la Confédération: D'aujourd'hui à demain.* 1982, 202 p.

Conseil national du bien-être social. *Les dangers qui guettent le financement de la santé et de l'enseignement supérieur.* Rapport, printemps 1991, 41 p.

Courchene, Thomas J. *Refinancing the Canadian Federation: A Survey of the 1977 Fiscal Arrangements Act.* Institut C.D. Howe, 1979, 48 p.

Couvelier, Mel. *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federalism and Fiscal Discipline.* 10 Septembre 1990.

Evans, Robert G. "Health Care: Is the Sytem Sick?". *Canada at Risk? Canadian Public Policy in the 1990's.* Doern & Purchase (éd.), Institut C.D. Howe, 1991, p. 225-244.

Evans, Robert G. *Strained Mercy - The Economics of Canadian Health Care.* Toronto, Butterworths, 1984, 390 p.

Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces. *Le fédéralisme fiscal au Canada.* Chambre des communes, août 1981, 230 p.

Groupe des 22. *Quelques suggestions pratiques pour le Canada.* Rapport, juin 1991, 27 p.

The Health Action Lobby (HEAL). *Federal Support for Health Care - A Background Paper.* Alistair K. Thompson Policy Inc., 15 mai 1991, 28 p.

MacEachen, Allan J. *Les relations fédérales-provinciales dans les années 80.* Mémoire soumis au groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, ministère des Finances, 23 avril 1981, 93 p.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Rheault, Sylvie. *Financement des services de santé : Défis pour les années 90.* Gaëtan Morin (éd.), Conseil des affaires sociales, Gouvernement du Québec, 1990, 180 p.

Santé et Bien-être social Canada. *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 1989-1990.* Gouvernement du Canada, 1990, 101 p.

Wilson, Michael H., ministre des Finances. *Le budget,* 26 février 1991, 181 p.